

**Dr. Dr. Klaus Piwernetz<sup>1</sup>, Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer<sup>2</sup>**  
 1: medimaxx health management GmbH, München  
 2: Senior-Professor Versorgungsforschung an der Medizinischen Hochschule Brandenburg

## Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!

### Teil 3: Wer A sagt, muss auch B sagen

>> Die Erfahrungen aus der Pandemie zeigen, dass komplexe Situationen und Systeme nur mit klaren Zielvorgaben und Verantwortlichkeiten gesteuert werden können. Für die konkret Handelnden ist es weiter hilfreich, wenn klare operative Rahmenbedingungen und ein Wertekanon zur Verfügung stehen. Solche Ziele finden sich im Nationalen Pandemieplan (1, 2). Rahmenbedingungen liefern unter anderem Methoden aus Epidemiologie und Infektiologie sowie aus Versorgungsmanagement und Gesundheitsversorgung. Ein Wertekanon lag nur implizit vor, er konkretisierte sich im Laufe der Pandemie durch Statements des Deutschen Ethikrates, der Leopoldina und weiterer Gremien. Zielkonflikte zwischen Gesellschaft, individueller Gesundheit und Wirtschaft wurden im politischen Handeln vornehmlich ad hoc bearbeitet. Dabei wurden sie aber in vielen Situationen weder zeitlich, noch regional konsistent noch sachgerecht gelöst.

Moritz Schularick hat dabei aufgetretene Probleme aus volkswirtschaftlicher Sicht analysiert (3) und kommt zu dem Schluss, dass staatliches Handeln durchaus Optimierungspotenziale hat. **Aus systemtheoretischer Sicht können sich politisches Handeln und operatives Krisenmanagement gut ergänzen, sich aber nicht gegenseitig ersetzen.** Solche Beziehungen nennt man komplementär. Die Vermischung der beiden Handlungslinien führte zu deutlichen Friktionen und resultierte nicht selten in suboptimalen Lösungen und unbefriedigenden Ergebnissen. Die Ministerpräsidentenkonferenzen machten dies in ihren Entscheidungen und den folgenden Umsetzungsvarianten immer wieder deutlich. Faktenbasis, Zeittakte der Entscheidungen und Schlussfolgerungen unterschieden sich in den Bundesländern zum Teil erheblich. **Allein der informalen Selbstorganisation der Leistungsträger in Gesundheitsversorgung (Ärzte und Pflege), den öffentlichen Gesundheitsdiensten und der kommunalen Katastrophen-Steuerung ist der halbwegs glimpfliche Verlauf zu verdanken.**

Würde in Zukunft Good Governance auf der politischen Ebene besser mit einer solch engagierten Selbstorganisation verzahnt, käme das Land sehr viel besser durch die nächsten Krisen. Besonders hilfreich wäre dabei eine klare Definition von Zielen und Aufgaben auf Bundes- und Landesebene und die konsequente Beachtung von Subsidiarität. Also: Ziele, Methoden, Daten und Fakten, Verantwortung und Transparenz.

**Die Parallelen für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems sind offensichtlich.** Eine feste Verbindung von politischen Vorgaben mit deren konsequenter operativer Umsetzung ist für die Neuausrichtung unverzichtbar. Konkret würde dies mit der konstruktiven Verzahnung von Good Governance und Selbstorganisation aber gleichzeitig mit einer konsequenten Trennung der Aufgaben umgesetzt. Die beiden vorhergehenden Artikel (4, 5) beschreiben dies ausführlicher. Der erste Artikel (4) beschrieb das funktionale Zusammenwirken der Ebenen im Gesundheitssystem, der zweite (5) die Verbindung von Governance und Selbstorganisation. Die politische Ebene entscheidet, was das Gesundheitssystem erreichen soll und was dabei zu beachten ist, die Ebene der Gesundheitsversorgung ent-

wickelt dann die besten Wege, um die Vorgaben mit Methoden der Selbstorganisation umzusetzen.

Die logischen und organisatorischen Verbindungen der Ebenen verdienen dabei besondere Aufmerksamkeit. Bund, Länder, Regionen und Einrichtungen sind in der Gesundheitsversorgung vertikal miteinander verbunden, innerhalb jeder dieser Ebenen ergänzen sich Good Governance und Selbstorganisation konstruktiv. In einem föderalen Gesundheitssystem verlangen die Prinzipien der Subsidiarität eine klare Trennung zwischen Politik und operativem Handeln. Aktivitäten in allen Bereichen orientieren sich immer an den gemeinsam formulierten Gesundheits- und Versorgungszielen und am Gemeinwohl.

Für die konkrete Umsetzung ist es innerhalb mancher Länder wie Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen empfehlenswert, Regionen als weitere Untergliederung einzuziehen. Die geopolitischen und/oder soziodemografischen Unterschiede innerhalb ihrer Gebiete sind so groß, dass eine Unterteilung in mehrere Versorgungsregionen erforderlich ist.

### Subsidiarität ist das Zauberwort

**Das Subsidiaritäts-Prinzip bildet die Grundlage föderaler Planung.** Sven Leunig liefert dazu eine klärende Analyse [7], die sich auf das „Handbuch des Föderalismus“ [8] von Ines Härtel stützt. Beindruckend ist danach eine Formulierung von Papst Pius XI. in der Enzyklika „Quadragesimo Anno“ in der These Nr. 79 [9]:

*„...: wie, was der Einzelmensch aus eigener Initiative und mit seinen eigenen Kräften leisten kann, ihm nicht entzogen und der Gesellschaftstätigkeit zugewiesen werden darf, so verstößt es gegen die Gerechtigkeit, das, was die kleineren und untergeordneten Gemeinwesen leisten und zum guten Ende führen können, für die weitere und übergeordnete Gemeinschaft in Anspruch zu nehmen; zugleich ist es überaus nachteilig und verwirrt die ganze Gesellschaftsordnung. Jedwede Gesellschaftstätigkeit ist ja ihrem Wesen und Begriff nach subsidiär; sie soll die Glieder des Sozialkörpers unterstützen, darf sie aber niemals zerschlagen oder aufsaugen.“*

Die Forderung hat seit ihrer Veröffentlichung im Jahr 1931 nichts an ihrer Bedeutung verloren.

Für den konkreten Zweck in dieser Arbeit sind zwei Quellen Leunigs direkter umsetzbar. Nach Nida-Rümelin [10] werde nach dem Subsidiaritäts-Prinzip „nur das auf die nächsthöhere Ebene verlagert (...), was von der unteren Ebene nicht adäquat zu bewältigen ist“. Und nach Ines Härtel [8] sei es „gerade auch eine Frage der Effizienz, die Aufgabenerfüllung derjenigen Ebene zu überlassen, die dazu am besten in der Lage ist. Das bedeutet in der Regel, erst dann eine Weitergabe in die nächst höhere Ebene vorzunehmen, wenn die untere Ebene die Aufgabe im gesamtstaatlichen Interesse nicht und der Bundesstaat sie gleichzeitig besser erfüllen kann“.

Im Gesundheitssystem beobachten wir also Subsidiarität in zwei Richtungen: Zwischen Good Governance und Selbstorganisation sowie zwischen den Ebenen Bund-Länder-Regionen-Einrichtungen. Das

bedeutet aber auch eine wechselseitige Abhängigkeit: die obere Ebene schafft geeignete Rahmenbedingungen, damit die nachfolgende Ebene ihre Aufgaben adäquat bewältigen kann.

Die Erfahrungen aus der Corona-Pandemie zeigen, dass insbesondere die Kopplung von Gesundheitspolitik auf Bundes- und Landesebene bei der Neuausrichtung einer gründlichen Überarbeitung bedarf. Eigentlich ist die **Trennung der Aufgaben** logisch:

Auf der **Bundesebene** sorgt die Gesundheitspolitik dafür, dass Gesundheits- und Versorgungsziele (GVZ), Rahmenbedingungen und Wertekanon auf breiter gesellschaftlicher Basis einheitlich definiert werden (z. B. durch Bürgerkonferenzen). Die Selbstorganisation definiert die Inhalte der Versorgung in Form von Leitlinien und medizinisch-pflegerischen Standards. Selbstverständlich gelten Methoden der Gesundheitswissenschaften wie Epidemiologie, Infektiologie, Hygiene, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Risikomanagement oder Qualitätsmanagement im gesamten Bundesgebiet. Auch die Methoden zur Bedarfsermittlung oder zur Planung integrativer Gesundheitsversorgung können einheitlich sein. Die Ausgestaltung der Fachkunde erfolgt länderübergreifend.

Auf der Landesebene wird Gesundheitsversorgung spezifisch organisiert. Dazu ist es zunächst Aufgabe der Gesundheitspolitik auf

Landesebene, für belastbare Planungsgrundlagen zu sorgen. Die Methodik zur Bedarfsermittlung wird bundeseinheitlich zur Verfügung gestellt, die regionalen Planungsergebnisse können durchaus erhebliche Unterschiede aufweisen.

Die Rahmenbedingungen für Versorgungssteuerung und Lenkung von Patientenströmen sind Aufgaben der Gesundheitspolitik eines Landes. Nach dem Transparenzgebot werden Versorgungsmodelle und deren Ergebnisse benchmarkfähig evaluiert. So wird das Gesundheitssystem zu einem lernenden System mit erheblichen Effizienzvorteilen.

Für die konkrete Umsetzung spielen die **fünf Schlüsselemente** des Konzepts „Strategiewechsel jetzt!“ (5) eine tragende Rolle: 1) Gesundheits- und Versorgungsziele, 2) Patientenorientierung, 3) Bedarfsorientierung, 4) Verantwortung und 5) Transparenz.

Die Elemente 1 bis 3 sind bedeutsam für die Definition von Good Governance, die Elemente 4 und 5 für die Selbstorganisation.

Gemäß den Prinzipien von Good Governance formuliert die Politik die Ziele so gut und definiert die Rahmenbedingungen und Wertebasis so klar, dass die Selbstorganisation Gesundheitsversorgung optimal organisieren kann. Über das Element 4 ist Verantwortung für die Zielerreichung klar zugewiesen, das Element 5 schafft so viel Transparenz, dass die jeweilige Zielerreichung zeitnah deutlich wird. Vereinbarte Toleranzgrenzen definieren den Handlungsspielraum der Selbstorganisation.

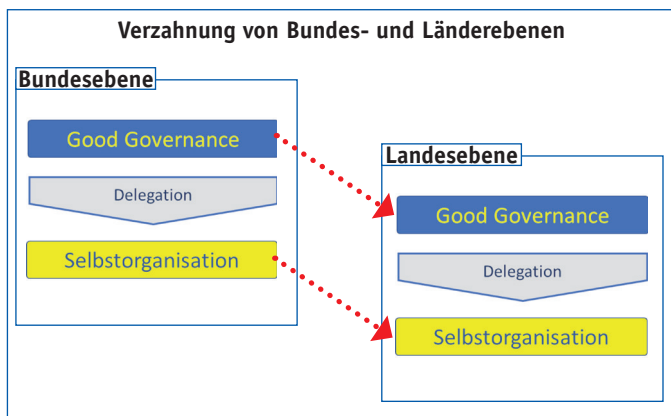
Konkret ist diese Kopplung auf der Ebene „Bund“ zwischen Good Governance und Selbstorganisation durch die Regel G3 realisiert (6): sie beschreibt das Delegationsverfahren zwischen dem BMG als operativen Vertreter von Good Governance mit dem **Nationalen Institut für Gesundheit** als oberster Instanz der Selbstorganisation, Details finden sich in (4, Abb. 3).

In den vertikalen Verbindungen etwa zwischen Bund und Bundesländern gibt es selbstverständlich keine Anordnungs-kompetenz.

Die laufende Gesundheitsberichtserstattung nach den Grundsätzen eines Public Reporting zeigt Bürgern und Patienten auf den verschiedenen Ebenen wie gut die subsidiären Ziele erreicht werden. Qualitätsorientierte Vergütung bzw. Ressourcenzumessung entfalten über die Methoden der allokativen Effizienz eine steuernde Wirkung. Dabei ist die Versorgungsforschung aufgerufen, geeignete Methoden zu entwickeln, um den Einfluss systemischer Vorgaben auf die operative Gesundheitsversorgung besser zu verstehen und transparenter zu machen.



**Abb. 1:** Verzahnung von Good Governance und Selbstorganisation. Die Verzahnung ist in der Initiative Strategiewechsel jetzt! (6) durch eine klare Regel (S3) realisiert. Das Delegationsverfahren wird vom Bundestag beschlossen und vom BMG operationalisiert.



**Abb. 2:** Verzahnung von Bundes- und Länderebenen. Da niemand ein staatliches Gesundheitssystem will, werden einheitliches, evidenzbasiertes Wissen sowie technische und methodische Standards auf Bundesebene definiert. Die organisatorische Umsetzung erfolgt auf Landesebene. Governance in beiden Bereichen ist kompatibel verbunden. Selbstorganisation auf Landesebene kann auf alle inhaltlichen und methodischen Vorarbeiten der Bundesebene zurückgreifen.

### Sektorübergreifende oder integrative Versorgung?

**Zwischen den beiden Ansätzen „sektorübergreifende“ und „integrative“ Versorgung liegen Welten.** Sektorübergreifende Versorgung geht davon aus, dass die Sektoren im Gesundheitssystem grundsätzlich erhalten bleiben. Dafür gibt es aber außer der geschichtlichen Entwicklung oder der Berücksichtigung von Partikularinteressen keine logische Begründung. Zeitgemäße Gesundheitsversorgung wird immer von den Patienten aus gedacht, ausschließlich für sie ist das Gesundheitssystem da. Das Denken in Sektoren ist im Gesundheitswesen obsolet geworden und behindert den Weg in eine moderne Gesundheitsversorgung.

Für die Neuausrichtung kann es also nur um integrative Versorgung gehen. Sie wird von den Patienten, von den Gesundheits- und Versorgungszielen und von den aktuellen Evidenzen aus gedacht. Dies wird von neutralen Fachleuten derzeit einvernehmlich auch so gefordert.

Zugegeben, eine integrative Gesundheitsversorgung ohne Sektoren ist nicht einfach vorstellbar. Man zögert unweigerlich bei dem

## Zitationshinweis

Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.: „Wer A sagt, muss auch B sagen“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (05/21), S. 38-40. <http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2352>

Gedanken, GKV-SV, DKG und KBV gleichzeitig zu ersetzen. Wie soll das funktionieren? Eine Selbstverwaltung ohne Interessenvertreter? Man kann das Problem in zwei Schritten angehen. Zunächst könnte man a) die Aspekte herausstellen, die diese Interessensvertreter grundsätzlich nicht mehr bearbeiten sollen: Das sind alle Themen, die Ziele und Werte festlegen, die also definieren, was das Gesundheitssystem insgesamt leisten soll und wie Patienten in diesem System eingebunden sind. Ausgehend von den jeweiligen Stärken könnten dann b) die drei Partner definieren, wie sie die gesundheitspolitischen Vorgaben konstruktiv erfüllen können. GKV-SV bringt ihre Expertise ein, wie Beiträge erhoben und sinnvoll den Leistungen zugeordnet werden. Im Übrigen werden sich die Rollen der Krankenkassen unter Bedingungen eines Grundeinkommens sowieso drastisch ändern, da die Kosten der Gesundheitsversorgung dann vornehmlich aus Steuermitteln bestritten werden und sich individuelle Beitragszahlungen eher auf Wahlleistungen konzentrieren. Diese Entwicklung könnte, nein müsste, jetzt bereits vorbereitet werden.

DKG und KBV können sich auf Bundesebene darauf konzentrieren, methodische Gemeinsamkeiten für die regionale Gesundheitsversorgung auszuarbeiten. Dabei orientieren sie sich an den generischen Behandlungspfaden, deren Entwicklung das Nationale Institut für Gesundheit (NIG) koordiniert. Diese Gemeinsamkeiten haben dann in allen Regionen Geltung und unterstützen die Entwicklung und Funktionsfähigkeit der regionalen Versorgungsketten. Auf dieser inhaltlichen Grundlage können sie auch im Sinne der traditionellen Interessenvertretung als Verhandlungsführer bei den „Tarifverhandlungen“ mit dem GKV-SV auftreten. Dabei gilt das Prinzip: Das Geld folgt der Leistung innerhalb der integrativen Versorgung. Eine feste Verbindung von Budgets mit den „Sektoren“ gibt es dann nicht mehr. Diese Aufgabenteilung stellt auch die Kopplung von inhaltlichen und methodischen Vorgaben auf Bundesebene mit der organisatorischen Realisierung in den regionalen Versorgungsmodellen sicher.

## Literatur

1. Robert Koch Institut, editor. Nationaler Pandemieplan Teil I – Strukturen und Maßnahmen: druckhaus köthen GmbH & Co. KG; 2017.
2. Robert Koch Institut, editor. Nationaler Pandemieplan Teil II – Wissenschaftliche Grundlagen. Berlin: druckhaus köthen GmbH & Co. KG; 2016.
3. Moritz Schularick: Der entzauberte Staat. Was Deutschland aus der Pandemie lernen muss. Verlag C.H.Beck oHG, München 2021. ISBN eBook (PDF) 978 3 406 77784 4
4. Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.: „Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/21), S. 40-42. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.02.21.1866-0533.2295>
5. Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.: „Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!“ (Teil 2), in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S. 26-29. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2013>
6. Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer, Strategiewechsel jetzt! Die Corona-Pandemie als Chance für eine Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems, Verlag deGruyter. 2020. ISBN 978-3-11-070674-1
7. Sven Leunig: Subsidiarität als Kompetenzverteilungsregel im deutschen Föderalismus? Bundeszentrale für politische Bildung. 2015. <https://www.bpb.de/apuz/209068/subsidiaritaet-als-kompetenzverteilungsregel?p=2#bio0>. Download 01.07.2021
8. Ines Härtel (Hrsg.): Handbuch Föderalismus, Bd. 1: Grundlagen des Föderalismus und der deutsche Bundesstaat, Wiesbaden 2012, ISBN: 978-3642015724
9. Papst Pius XI: Enzyklika „Quadragesimo Anno“. 1931. [https://homepage.univie.ac.at/Christian.Sitte/PAkrem/zerbs/volkswirtschaft\\_I/beispiele/wio\\_b07.html](https://homepage.univie.ac.at/Christian.Sitte/PAkrem/zerbs/volkswirtschaft_I/beispiele/wio_b07.html). Download 01.07.2021
10. Julian Nida-Rümelin: Philosophische Grundlagen des Föderalismus, in: Ines Härtel (Hrsg.), Handbuch Föderalismus, Bd. 1: Grundlagen des Föderalismus und der deutsche Bundesstaat, Wiesbaden 2012, S. 145–164
11. Claudia Maria Hofmann, Gerhard Igl, Franz Knieps, Hartmut Reiners, Felix Welti, Ulrich Wenner, Silvia Woskowski: Neustart! Für das Gesundheitsrecht. Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung. 2021. Herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung GmbH. ISBN 978-3-939574-65-1

So verbinden sich einerseits die Prinzipien von Good Governance auf Bundesebene mit der auf den Landesebenen und andererseits die Aufgaben der jeweiligen Selbstorganisationen. Vor einer konkreten Umsetzung ist in manchen Bundesländern noch eine zum Teil erhebliche Aufbauarbeit zu leisten, damit die entsprechenden Einrichtungen ihre Aufgaben im Rahmen der Selbstorganisation erfüllen können. Dazu zählen insbesondere die Landesinstitute, die in Abstimmung mit den Landes-Gesundheitsministern die Versorgungsbedarfe erarbeiten und die Grundlagen dafür bereitstellen, regionale Ziele und Prioritäten abzuleiten.

## Strategiewechsel jetzt!

Klare Ziele – klare Wege: Sobald die Ziele klar und insbesondere messbar (smart) sind, werden auch die Wege deutlich, auf denen man die Ziele erreichen kann. Jeder Weg hat Begrenzungen und, wenn es gefährlich wird, sogar Leitplanken. Zusammen mit Wegweisern, Entfernungangaben, Verkehrsschildern und am Ende auch Verkehrsregeln kann sich jeder damit auf den Straßen zurechtfinden und sich halbwegs sicher bewegen. Niemand kommt auf die Idee, im Verkehrssystem auf diese Grundelemente verzichten zu wollen. Das Gesundheitssystem ist wesentlich komplexer. Warum sollte man den „Verkehrsteilnehmern“ nicht auch dort vergleichbare Hilfen bereitstellen?

**Eindeutige Verantwortung:** Wenn es Ziele gibt, muss sich auch jemand darum kümmern, sie zu erreichen. Insbesondere dann, wenn es um Menschen und/oder Geld geht. In der Wirtschaft als einen der wesentlichen Motoren unserer Gesellschaft verzichtet kein Eigentümer eines Unternehmens darauf, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen klar zu benennen und sich regelmäßig über die Zielerreichung berichten zu lassen. In der Neuausrichtung muss dies auch für das Gesundheitssystem eine unverzichtbare Grundforderung sein.

**Transparenz und Lernen:** Wenn ein System lernen soll, muss es unbedingt wissen, wo es im Bezug auf die Zielerreichung steht. Gesundheitspolitik und Selbstorganisation brauchen gleichermaßen eine belastbare Faktenbasis als Entscheidungsgrundlage. Mit zeitnaher Transparenz im Rahmen einer modernen Gesundheitsberichtserstattung kann man ein Gesundheitssystem steuern. Unter den aktuellen Bedingungen ist es hilfreich, wenn Krankenkassen Sachstandsberichte zu unterschiedlichen Themen herausgeben. Mittelfristig wird das ein funktionierendes NIG unter konstruktiver Mitwirkung der Krankenkassen bundeseinheitlich leisten.

**Wer A sagt, muss auch B sagen:** Föderalismus ist in der Gesundheitsversorgung höchst willkommen. Keiner will ein staatliches Gesundheitssystem. Zur Realisierung des Subsidiaritätsprinzips müssen die Bundesländer dann aber auch entsprechende Kapazitäten und Kompetenzen aufbauen. Mit klarem gestalterischem Willen können sie so die Rahmenbedingungen schaffen, um eine moderne integrative Gesundheitsversorgung in verbundenen Regionen zu gewährleisten. <<

Autoren: Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.  
**Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems**

Verlag: De Gruyter, 2021  
363 Seiten, Paperback  
ISBN: 9783110706741  
Digital: 9783110706826  
Preis: 79,95 Euro

